

INFORME DE PRÁCTICA CLÍNICA IMAT ONCOMEDICA S.A.



JUAN DIEGO PADILLA GUERRA

EMPRESA:

IMAT ONCOMEDICA S.A.

TUTOR (ES):

ING. ESP. ADRIÁN DORIA.

ING. ESP. KRISTIN RODRÍGUEZ MADRID.

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE INGENIERÍAS

PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

MONTERÍA-CÓRDOBA

2020

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.	5
1. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.	7
1.1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.	7
1.1.5.1. NOMBRE DE LA EMPRESA.	7
1.1.5.2. LOGOTIPO.	7
1.1.5.3. SLOGAN.	7
1.1.5.4. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MEDIOS DE CONTACTOS.	8
1.1.5.5. RAZÓN SOCIAL.	8
1.2. RESEÑA HISTÓRICA.	8
1.3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.	10
1.3.1. MISIÓN.	10
1.3.2. VISIÓN.	10
1.3.3. VALORES.	10
1.3.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.	11
1.3.5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES.	11
1.3.6. MAPA DE PROCESOS.	14
1.3.7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.	15
1.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS HABILITADOS.	16

1.5.	MATERIAS PRIMAS.....	20
1.6.	MAQUINARIA Y EQUIPOS IMPLEMENTADOS.....	20
1.7.	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO.	21
2.	DIAGNÓSTICO	24
3.	OBJETIVOS.....	26
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	26
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4.	JUSTIFICACIÓN.....	27
5.	DESARROLLO DE PRÁCTICA EMPRESARIAL.....	28
5.1.	ACTIVIDADES PROGRAMADAS.....	28
5.2.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS.	29
5.3.1.	ACTUALIZACIÓN DEL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS.	29
5.3.2.	ACTUALIZACIÓN DE MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.	31
5.3.3.	ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PARA OBTENCIÓN DE LICENCIA DE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES.....	34
5.3.4.	HABILITACIÓN DEL ÁREA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN EL PROCESO DE LABORATORIO CLÍNICO.....	39
5.3.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	41

6.	APORTES.....	42
7.	CONCLUSIONES.....	43
8.	RECOMENDACIONES.	44
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	45
10.	ANEXOS.....	46

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, la aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud gana cada vez más importancia. Sin embargo, implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucre a todos los actores de la institución con el fin de satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes. El desempeño en calidad se sustenta en la medición de resultados, de procesos y del bienestar de los pacientes y sus familias, y su meta es lograr la mejora continua.

Existen muchos factores a considerar al momento de potenciar el desempeño con calidad, pero los esfuerzos deben estar orientados a cómo se hacen las cosas, estandarizar procesos y acreditar servicios. Estas herramientas permitirán mejorar el trato y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido por la población. Así mismo, la idea de calidad debe ir encaminada a seguir trabajando para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una institución que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesitan, son la esencia de la cultura de calidad en salud.

Desde este punto de vista, la clínica IMAT ONCOMEDICA S.A. busca la mejora continua del sistema de gestión de calidad, sin dejar de lado la integración de los demás sistemas (gestión ambiental, sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, entre otros), con el fin de disminuir las barreras que no aportan al mejoramiento de la atención y satisfacción de todas las partes interesadas en cada proceso ejecutado. Lo anterior se realiza mediante el cumplimiento de los criterios asociados a la normatividad vigente para el sector salud, la actualización continua de

la gestión documental de la institución y el compromiso con el desarrollo sostenible todas las operaciones ejecutadas de forma interna y externa.

Para la clínica IMAT ONCOMEDICA el cumplimiento de los objetivos hace parte del reconocimiento de la institución en el territorio nacional y departamental y el crecimiento progresivo de la misma.

1. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA.

1.1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.

En las generalidades de la empresa se establecerán los lineamientos fundamentales de la organización que constituyen la plataforma estratégica de la misma, la cual guiará la conducta organizacional durante un largo periodo de tiempo.

1.1.5.1. NOMBRE DE LA EMPRESA.

IMAT ONCOMEDICA S.A.

1.1.5.2. LOGOTIPO.



Ilustración 1: logotipo
Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A.

1.1.5.3. SLOGAN.

¡SERVIMOS CON AMOR!

1.1.5.4. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MEDIOS DE CONTACTOS.

La clínica se encuentra ubicada en la ciudad de Montería perteneciente al departamento de Córdoba en la dirección Carrera 6 N° 72-34 Vía Montería-Cereté. El teléfono para disponibilidad de contacto 785 43 44, email: calidad@imatoncomedica.com

1.1.5.5. RAZÓN SOCIAL.

La clínica IMAT ONCOMEDICA se constituye como una como una Sociedad Anónima y se fundamenta en el decreto 410 de 1971 (código de comercio).

1.2. RESEÑA HISTÓRICA.

ONCOMEDICA S.A, nació en el año 2003 de la asociación de los Doctores Luís Meza Montes (Hematólogo), William Cavadía Hernández (Radioterapeuta) y Manuel González Fernández (Hemato-oncólogo), quienes, ante la debilidad de la oferta de servicios médicos especializados en el área de la oncología clínica en la ciudad de Montería y su área de influencia, se decide constituir una sociedad denominada Oncomed Limitada para atender la creciente demanda de atención en las especialidades médicas de sus socios iniciales.

El éxito de la operación de la compañía y su enorme acogida entre la población atendida rápidamente puso de presente la necesidad de crecimiento de la sociedad, por lo que sus socios iniciales emprendieron un proceso de reorganización jurídica, administrativa y financiera que se tradujo en la transformación de la compañía del tipo de las sociedades de responsabilidad

limitada al tipo de las sociedades anónimas, con el objetivo de servir de instrumento para la adecuada movilización de los recursos que sus nuevos objetivos demandaban.

Así, a partir del año 2004 la sociedad, con su transformación y sus nuevos planteamientos de servicio y gestión, inició la consolidación de un equipo interdisciplinario de especialistas en el área de la oncología con el propósito de soportar una unidad de negocio cuyo objetivo fundamental ha sido la puesta al servicio de la comunidad de una institución para la atención integral del paciente en la cual prima el SERVICIO CON AMOR.

A partir del 14 de noviembre de 2008 fortalecemos ampliando nuestro portafolio de servicios al convertirnos en el INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGÍA ONCOMEDICA S.A. esta es una organización con una infraestructura moderna y dotada con todo los equipos de última generación, los cual sirve como apoyo a nuestros excelente y especializado talento humano quienes cada día inician labores con la filosofía de mejoramiento continuo en la prestación de los servicios, contribuyendo a mejorar su estado de salud.

Nuestra institución reafirma esta filosofía de calidad y excelencia con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma técnica ISO-9001:2008 que en el año 2009 renovó su certificado ante el INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS-ICONTEC, este no es el final de nuestra labor puesto que la alta dirección lo considera como el inicio para lograr la acreditación con altos estándares de calidad y convertirnos en una organización reconocida por su excelencia en la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

IMAT ONCOMEDICA S.A. promueve la transferencia de conocimiento y la adquisición de experiencia en el desarrollo de convenios de docencia – servicio con universidades como: Universidad de la Sabana, Universidad del Sinú, Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital de

Juárez, México, Universidad del Salvador – Buenos Aires Argentina, Universidad de Panamá.

(IMAT Oncomedica S.A., s.f.)

1.3. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.

1.3.1. MISIÓN.

Brindar una atención en salud de alta complejidad en las especialidades oncológicas y cardiovasculares, de forma integral, segura y con amor, fomentando la investigación clínica y la educación continua.

1.3.2. VISIÓN.

Ser una institución acreditada y reconocida por nuestro liderazgo en la prestación de servicios de salud de alta complejidad en las especialidades oncológicas y cardiovasculares.

1.3.3. VALORES.

- **Calidez:** Nos sensibilizamos ante el dolor y la necesidad del otro, nuestra atención siempre es amable y amorosa.
- **Respeto:** Damos un trato digno y amable al ser humano independiente de su nivel socioeconómico, cultural y religioso.
- **Escucha:** Estamos disponible para la persona que nos quiere transmitir un mensaje y por lo tanto, aceptamos y comprendemos lo que siente y lo que le hace actuar.

- **Entrega:** Vamos más allá del simple deber, con una disposición permanente hacia la mejora.
- **Responsabilidad:** Cumplimos adecuadamente con nuestras obligaciones y tenemos la capacidad para reconocer y aceptar las consecuencias que tendrá el desarrollo de las mismas.

1.3.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

- Brindar una atención segura y humanizada.
- Desarrollar las competencias del personal.
- Gestionar la satisfacción del usuario interno y externo.
- Cumplir con la gestión efectiva de los procesos.
- Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.

1.3.5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES.

1.3.5.1. POLÍTICA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN.

La gestión clínica se centra en el paciente y su familia, enfocada en acciones de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, basada en la integralidad y el mejoramiento continuo, logrando altos estándares de calidad soportados con la mejor evidencia científica y la investigación clínica.

1.3.5.2. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Nos comprometemos a no hacer daño al paciente.

1.3.5.3. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Nos comprometemos a brindar un servicio con amor.

1.3.5.4. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL.

Nos comprometemos a promover estrategias de responsabilidad social, laboral y ambiental que contribuyan al desarrollo sostenible y mejoren la calidad de vida de la comunidad.

1.3.5.5. POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES.

Nos comprometemos a gestionar la disponibilidad, veracidad y seguridad de la información permitiendo la toma de decisiones, así como su comunicación efectiva.

1.3.5.6. POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

Nos comprometemos a dar respuesta a las necesidades de los usuarios asignando recursos para la evaluación, adquisición, incorporación, seguimiento y vigilancia activa de la tecnología en salud.

1.3.5.7. POLÍTICA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

Nos comprometemos a promover acciones de identificación, priorización, educación e intervención de los riesgos, generando una cultura de gestión proactiva encaminada a ser una institución segura.

1.3.5.8. POLÍTICA DE TALENTO HUMANO Y TRANSFORMACIÓN CULTURAL.

Nos comprometemos con la generación de una cultura organizacional segura y humanizada, mediante el desarrollo de las competencias de los colaboradores, articulando su proyecto de vida personal y laboral.

1.3.5.9. POLÍTICA DE RELACIÓN DOCENCIA-SERVICIO.

Nos comprometemos a brindar escenarios propicios para la formación de profesionales y técnicos, promoviendo la transferencia de conocimiento e investigación.

1.3.5.10. POLÍTICA DE AMBIENTE SEGURO.

Nos comprometemos a garantizar un ambiente amigable, que permita el desarrollo de las actividades de la organización, así como una infraestructura segura para los usuarios.

1.3.5.11. POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Nos comprometemos con la promoción, protección de la salud y la seguridad de los funcionarios, contratistas, subcontratistas y demás partes interesadas, mediante la identificación de peligros y control de los mismos, generando cultura de cuidado y cumpliendo con los lineamientos normativos para el mejoramiento continuo del Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

1.3.5.12. POLÍTICA DE GESTIÓN FINANCIERA.

Nos comprometemos a gestionar en forma eficaz y eficiente los recursos requeridos para la operación para lograr los objetivos de rentabilidad financiera de la institución y la disminución de los costos de no calidad.

1.3.5.13. POLÍTICA DE ALCOHOL Y DROGA.

Nos comprometemos a garantizar el no uso, tráfico o consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas de funcionarios, contratistas y subcontratistas dentro de la organización, a través de estrategias de control y actividades de formación.

1.3.5.14. POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL.

IMAT ONCOMEDICA S.A. Se compromete a establecer actividades de promoción y prevención en materia de seguridad vial que puedan afectar la integridad física, mental y social de las personas, así mismo a dar cumplimiento a todos los requisitos legales aplicables. Se promoverán conductas seguras encaminadas al control de: uso de equipos móviles de comunicación, embriaguez, velocidad, maniobras de peligrosas, uso del cinturón de seguridad, cumplimiento de todas las normas de tránsito, teniendo como base el mejoramiento continuo.

1.3.6. MAPA DE PROCESOS.

El mapa de proceso se presenta a continuación:

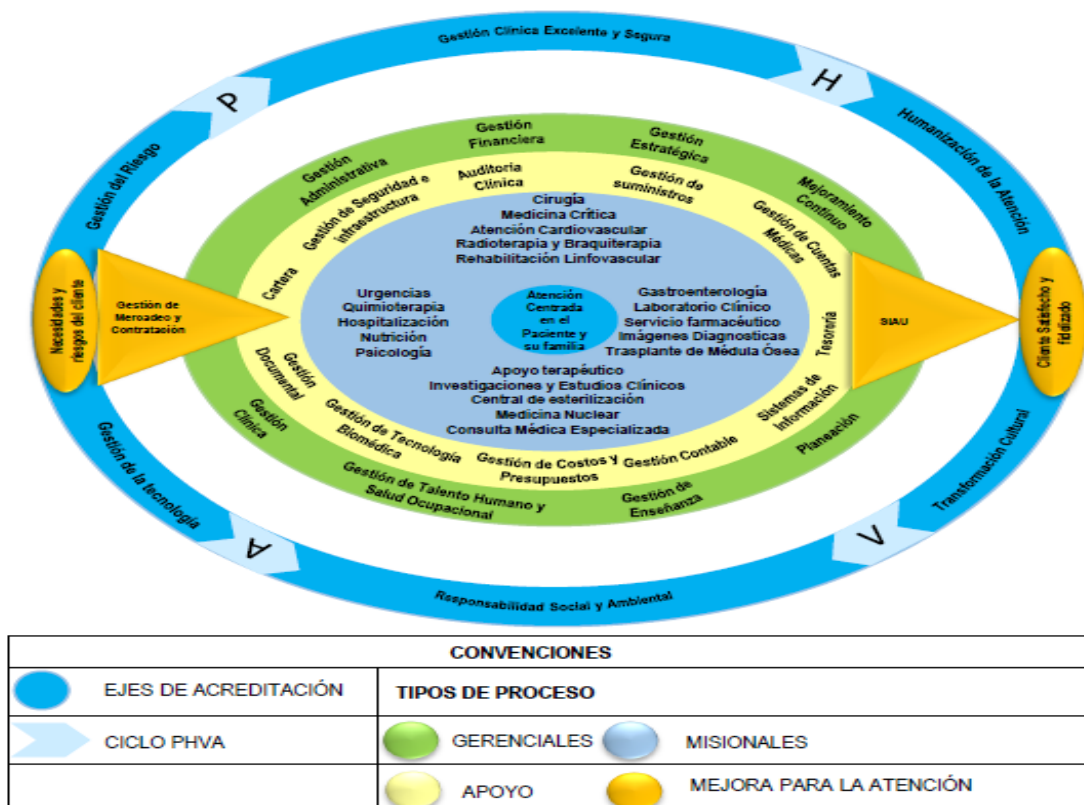


Ilustración 2: Mapa de procesos.

Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A. formato FR-AD-GEC-001

1.3.7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

El organigrama de una empresa es una **representación gráfica** configurada como un diagrama jerárquico y funcional de la estructura formal de una empresa. Para IMAT ONCOMEDICA contiene la siguiente estructura:

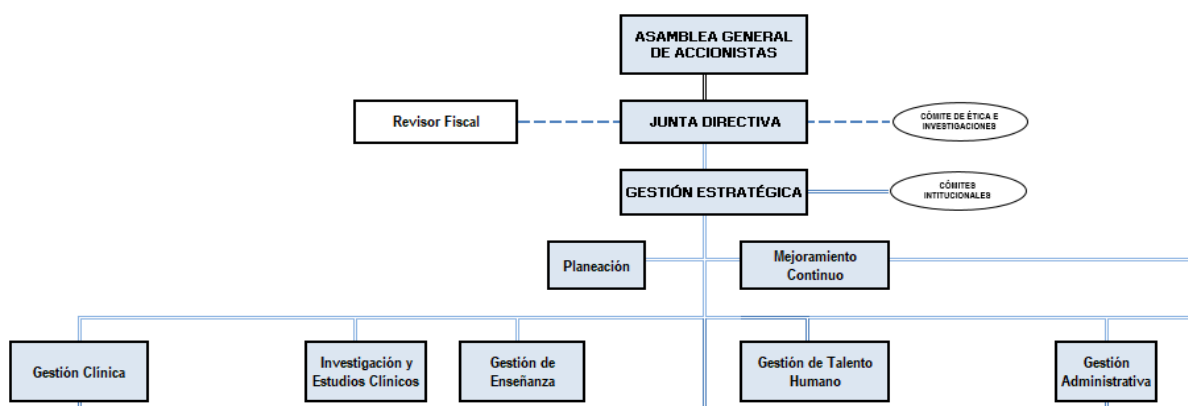


Ilustración 3: Parte 1 Organigrama
Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A Formato FR-AD-GTH-058

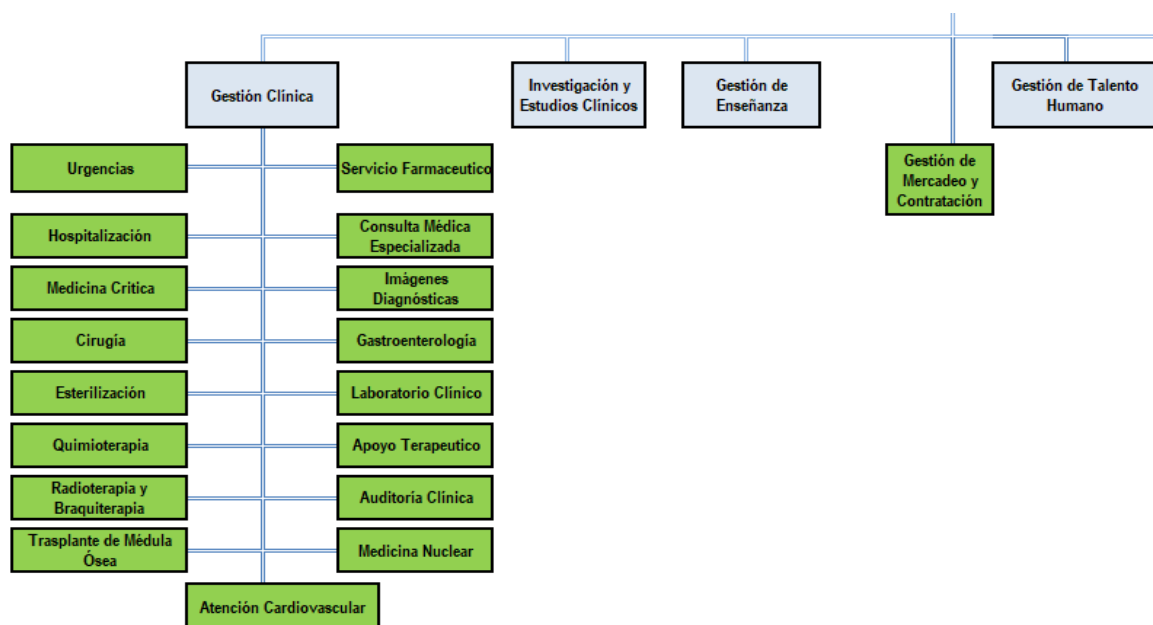


Ilustración 4: Parte 2 Organigrama
Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A Formato FR-AD-GTH-058

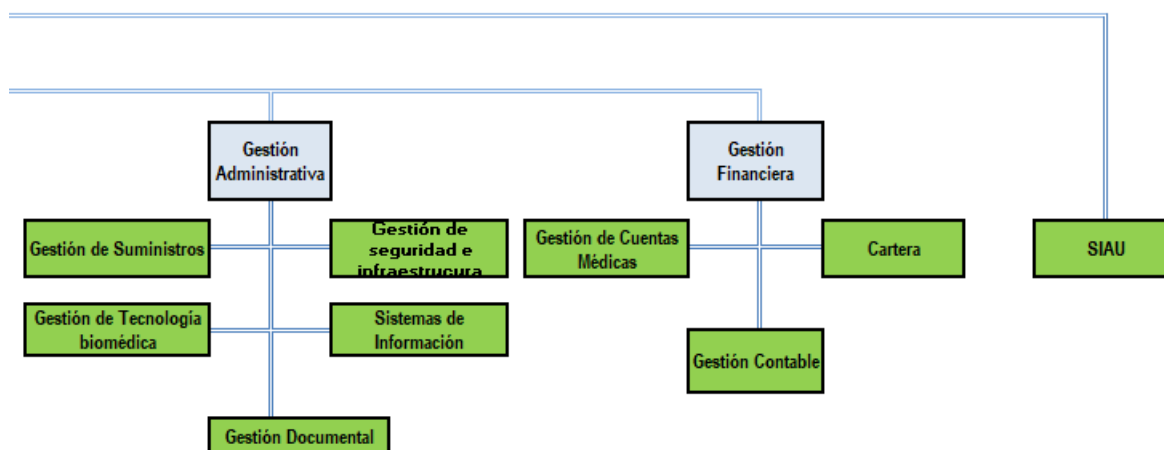


Ilustración 5: Parte 3 Organigrama
Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A. Formato FR-AD-GTH-058

1.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS HABILITADOS.

La clínica IMAT ONCOMEDICA S.A. es una institución privada que presta servicios de salud de alta complejidad en especialidades oncológicas y cardiovasculares. En sus 16 años de servicio se ha caracterizado por brindar una atención integral, segura y con amor para el paciente y su familia. (IMAT ONCOMEDICA, 2014)

La institución cuenta con los siguientes servicios habilitados:

Grupo de servicio: Internación.

- General adultos.
- General pediátrica.
- Cuidado intermedio pediátrico.
- Cuidado intermedio adultos.

➤ Cuidado intensivo pediátrico.

➤ Cuidado intermedio adulto.

Grupo de servicio: Quirúrgicos.

➤ Cirugía de cabeza y cuello.

➤ Cirugía cardiovascular.

➤ Cirugía general.

➤ Cirugía ginecológica.

➤ Cirugía maxilofacial.

➤ Cirugía neurológica.

➤ Cirugía ortopédica.

➤ Cirugía oftalmológica.

➤ Cirugía otorrinolaringología.

➤ Cirugía oncológica.

➤ Cirugía oral.

➤ Cirugía pediátrica.

➤ Cirugía plástica y estética.

➤ Cirugía vascular y angiológica.

➤ Cirugía endovascular neurológica.

➤ Cirugía de mano.

➤ Cirugía de mama y tejidos blandos.

➤ Cirugía dermatológica.

➤ Cirugía de tórax.

➤ Cirugía gastrointestinal.

- Trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Grupo de servicio: Consulta Externa.

- Anestesia.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general.
- Cirugía pediátrica.
- Dermatología.
- Dolor y cuidados paliativos.
- Enfermería.
- Gastroenterología.
- Geriatria.
- Hematología.
- Infectología.
- Medicina física y rehabilitación.
- Medicina general.
- Medicina interna.
- Neurología.
- Nutrición y dietética.
- Oncología clínica.
- Pediatría.
- Psicología.
- Urología.

- Ginecología oncológica.
- Ortopedia oncológica.
- Radioterapia.

Grupo de servicio: Urgencias.

- Servicio de urgencias.

Grupo de servicio: Transporte asistencial.

- Transporte asistencial básico.

Grupo estándar: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

- Diagnostico cardiovascular.
- Endoscopia digestiva.
- Hemodinamia.
- Laboratorio clínico.
- Quimioterapia.
- Radiología.
- Radioterapia.
- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Servicio farmacéutico.
- Ultrasonido.
- Terapia respiratoria.
- Fisioterapia
- Esterilización.

1.5. MATERIAS PRIMAS.

Clínica IMAT Oncomedica S.A. cuenta con recursos humanos, recursos financieros y recursos tecnológicos, además posee medicamentos e insumos médico-quirúrgicos esenciales para las actividades de prevención, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación, propias de la atención en salud, los cuales cuentan como materia prima para la atención integral de los usuarios.

1.6. MAQUINARIA Y EQUIPOS IMPLEMENTADOS.

IMAT ONCOMEDICA S.A. cuenta con la siguiente maquinaria y equipo para la prestación de sus servicios:

- **Equipos biomédicos:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren una fuente de energía; incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento. (Ministerio de Salud Perú, 2018)
- **Hemodinámica y Diagnóstico Cardiovascular:** El servicio de Hemodinámica y diagnóstico cardiovascular tiene como objetivo brindar una atención integral, segura y oportuna a pacientes ambulatorios y hospitalizados con riesgo cardiovascular que así lo requieran, haciendo uso de equipos de última generación que permiten obtener resultados confiables y de gran calidad y apoyados en un talento humano competente y con gran sentido del servicio.

- **Urgencias:** En clínica IMAT Oncomedica las urgencias son catalogadas como una situación de inicio rápido, pero no brusco que necesita asistencia rápida (horas).
- **Laboratorio Clínico:** tiene como objetivo apoyar el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de las patologías de interés clínico a través de la realización de exámenes de laboratorio básicos y especializados acorde a las necesidades de los usuarios que requieren de los servicios
- **Cirugía:** IMAT Oncomedica cuenta con la infraestructura, insumos, equipos médicos y personal necesario para cirugías de alta complejidad, como se describe en los servicios habilitados para este grupo de servicio.
- **Hospitalización:** IMAT Oncomedica tiene a su disposición 4 pisos de hospitalización y tres pisos más para expansión por parte de IMAT SAS para la prestación del servicio.

1.7. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO.

El área de trabajo en la que fue desarrollada la práctica empresarial corresponde al proceso de gestión de calidad, en donde el objetivo fundamental es el enfoque hacia las acciones de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, basada en la integralidad y el mejoramiento continuo, con el fin de lograr altos estándares de calidad soportados con la mejor evidencia científica y la investigación clínica.

El proceso de gestión de calidad define los lineamientos para la estructura, integración, interacción y funcionalidad del sistema de gestión de IMAT ONCOMEDICA S.A, por medio de la planeación estratégica de procesos que generen valor a la actividad de prestación de servicios de salud, manteniendo el enfoque necesario para cumplimiento de los requisitos legales y organizacionales, logrando una filosofía de mejoramiento continuo en beneficio del paciente, los funcionarios, la sociedad y la organización. (IMAT Oncomedica S.A.)

Identificación del cargo.

Cargo: asistente Sistema de Gestión de Calidad.

Área: Administrativa.

Proceso: Gestión de Calidad.

Jefe inmediato: Jefe de Calidad.

Nivel de autoridad: FUNCIONAL: Actúa de acuerdo a los procedimientos establecidos e instrucciones de su jefe inmediato, puede asignar tareas a personal operativo con restricciones de su superior; Tiene autonomía para gestionar sus actividades sin requerir supervisión, solicita recursos para el desempeño de sus funciones.

Naturaleza del cargo.

Objetivo: apoyar al jefe de calidad en todas las actividades propias e inherentes al proceso de gestión de calidad.

Funciones.

- Recepcionar todos los registros de control de cambios proporcionados por los procesos.

- Revisar y disponer técnicamente todos los documentos y formatos nuevos, actualizados o eliminados notificados por los procesos al sistema de gestión de calidad para su aprobación.
- Actualizar el control de registros y documentos del sistema de gestión de calidad.
- Publicar en el sistema de divulgación de documentos y formatos del sistema de gestión de calidad.
- Realizar inspecciones de control documentos y registros en puestos de trabajo y sistema de divulgación de documentos y registros.
- Apoyar en todo lo concerniente a la ejecución y supervisión del sistema integrado de gestión de calidad.
- Recepcionar, revisar y notificar las acciones de mejora entregadas por los procesos al sistema de gestión de calidad.
- Realizar seguimiento a los planes de mejora y acciones de mejora levantadas por los procesos del sistema de gestión de calidad.
- Resolver las inquietudes de los líderes de procesos con respecto al sistema de gestión de calidad.
- Coordinar las reuniones del comité de calidad, llevar actas y control de asistencia.
- Notificar a los procesos los cronogramas de actividades y trabajo del sistema de gestión de calidad.
- Realizar comunicados internos y externos relacionados con el sistema de gestión de calidad.
- Reemplazar al Jefe de calidad en caso de ausencia.
- Elaborar y entregar los informes de gestión e indicadores requeridos.
- Las demás funciones que sean asignadas por su Jefe inmediato acorde a su cargo.

Responsabilidades.

- Por interacción: (Interna / Externa) todos los procesos de la organización
- Por recursos físicos: Velar por los materiales, herramientas, y equipos dispuestos para el cargo.
- Por información confidencial: Toda la documentación del sistema de gestión de calidad.
- Por proceso: procesos gerenciales
- Por seguridad de terceros: todos los usuarios internos y externos
- Toma de decisiones: Deber ser consultadas con su jefe inmediato

2. DIAGNÓSTICO

La planificación organizacional es un tema de gran importancia debido a que las empresas no documentan eficientemente elementos esenciales como acciones, recursos y tiempos los cuales contribuyen a mantener el enfoque y la disciplina hacia los objetivos de la organización; el poco control de estas actividades es otra no conformidad evidente, es de notar que muchas organizaciones no tienen soporte o evidencia de la realización de determinadas actividades básicamente porque no cuentan con una estructuración de formatos de control que les permite hacer un seguimiento y generar registros de actividades.

Ahora bien, es de notar que los documentos guardan el valor más importante de una empresa, ya que es su principal activo intelectual. El no documentar apropiadamente pone en riesgo la capacidad de atender un mercado, hacerlo de forma correcta permite a la empresa generar valor del conocimiento adquirido y volverlo ganancias.

La clínica IMAT Oncomedica S.A. posee un sistema de gestión de calidad, pero no tiene articulado un sistema de monitoreo estandarizado para el control de los documentos y formatos que se encuentran inscritos en la matriz de registros. Es por ello que presenta algunas falencias en cuanto a la documentación del sistema de gestión de calidad, presentando existencias de documentos obsoletos, procesos y formatos desactualizados circulando en los servicios de la clínica.

Por otra parte, es de notar que IMAT Oncomedica S.A. se encuentra en expansión, pero dentro de esta proyección existe una dificultad de relevancia y corresponde a la consolidación de una nueva razón social por motivos legales, esto se debe a que la ubicación de la nueva torre esta en zona franca. Una nueva razón social constituye un nuevo sistema de gestión de calidad y a su vez un nuevo sistema de gestión documental trayendo consigo retos para el logro de los objetivos institucionales.

La habilitación de los servicios que serán prestados en la nueva torre (IMAT SAS) compone desafíos administrativos que deben ser abordados desde la gestión y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a cada uno estos.

Dicho lo anterior, la presencia de documentación obsoleta y desactualizada hace que las actividades dentro de los procesos no estén estandarizadas imposibilitando el cumplimiento de los objetivos y el mejoramiento continuo de la organización; además, hace susceptible a que en caso de una auditoría interna o externa, el proceso evaluado pueda no cumpla con los criterios exigidos y por ende no se obtenga la habilitación o certificación de los servicios

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Realizar actividades de apoyo al Sistema de Gestión Integral de la Clínica IMAT Oncomedica S.A, en tareas relacionadas a las áreas de calidad, gestión Ambiental y tareas afines, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la Organización.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Optimizar el impacto del Sistema de gestión de calidad, mediante la creación y actualización de formatos y registros, que permiten fortalecer la gestión documental y el control de cada uno de los procesos de la institución.
- Actualizar la matriz de autoevaluación de estándares del sistema único de habilitación para todos los servicios activos en la institución IMAT Oncomedica S.A. de modo que esta sea acorde a la normatividad vigente.
- Ejecutar el cronograma de actividades proyectado para la habilitación de servicios en la antigua y nueva torre de IMAT (TORRE 3, IMAT SAS).
- Actualizar control de documentos y registros para la estandarización de la gestión documental.

4. JUSTIFICACIÓN.

Todas las instituciones del sector salud sin importar su naturaleza y su tamaño, deben asegurarse de presentar mayores niveles de calidad. Es necesario crear conciencia de que no solo se requiere otorgar más servicios y de manera eficiente si no con mayor calidad y estos deben estar orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, para garantizar en primer lugar su salud y por ende su confiabilidad y lealtad con la institución.

Los resultados óptimos y permanentes han de alcanzarse mediante un proceso de mejora continua, esta debe verse reflejada en cada una de las partes involucradas en el proceso de gestión integral.

Mejorar en todos los campos, bien sea en las capacidades del personal, eficiencia de los recursos, de las relaciones con el público, entre los miembros de la organización, con la sociedad y cuanto actor crea necesario para la participación en el progreso de la organización, debe traducirse en una mejora de la calidad del producto o servicio que prestamos a nuestros usuarios.

En este orden de ideas, es necesario que en la clínica IMAT Oncomedica S.A. enfrente el reto de asegurar altos niveles de calidad, manteniendo esta iniciativa en cada uno de los servicios ofrecidos por la institución, con el fin de construir cimientos fuertes para una mayor efectividad en la gestión institucional. Cabe resaltar que con un sistema de gestión de calidad se benefician los usuarios, como también los trabajadores de la entidad, por la reducción de los riesgos propios de los servicios y por el desarrollo profesional que brinda un trabajo organizado, garantizando así una posición privilegiada entre las instituciones de salud del mismo nivel.

5. DESARROLLO DE PRÁCTICA EMPRESARIAL.

5.1. ACTIVIDADES PROGRAMADAS.

A continuación, se muestra las actividades programadas para el desarrollo de la práctica:

- Control de documentos y registros: se hace necesaria la actualización continua del control de registros y documentos, con el fin de establecer la vigencia de la gestión documental que se maneja en las áreas de la clínica IMAT Oncomedica.
- Actualización de matriz de autoevaluación en resolución 3100: Se debe actualizar dicha autoevaluación, con el fin de tener en cuenta las pautas reglamentarias para procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de habilitación de los servicios de salud, donde se presentan diferentes aspectos de suma importancia como:
 - Entidades con objeto social diferente, las cuales solo podrán prestar servicios de baja complejidad y consulta externa especializada, excluyendo servicios de urgencias y de los grupos de internación y quirúrgicos.
 - Condiciones de habilitación a cumplir para entrar y permanecer en el SOGC, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.
 - Consecuencias por la no evaluación, la cual inactiva la inscripción debido a no realizar dicho proceso en el término previsto en la resolución.
 - Portafolio de servicios. (Sociedad Colombiana de Especialistas, 2020).
- Actualización de documentación para obtención de licencia de equipos generadores de radiaciones ionizantes: Se hace necesaria la obtención de la licencia de los equipos generadores de radiaciones ionizantes, con el fin de cumplir con los requisitos para la

habilitación del servicio de imágenes diagnósticas, el cual se encuentra proyectados en el portafolio de servicios a ofrecer.

- **Habilitación laboratorio de biología molecular:** Actividad programada por motivos de contingencia y respuesta hacia la pandemia del SARS-Cov 2 (Covid-19), con el fin de obtener resultados en pruebas para la detección de esta enfermedad.

5.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

5.3.1. ACTUALIZACIÓN DEL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS.

Para la actualización de los documentos y registros, se hace énfasis en los formatos FR-AD-GEC-012 FORMATO CONTROL MAESTRO DE DOCUMENTOS V.001 y FR-AD-GEC-015 FORMATO CONTROL DE REGISTROS V.001 teniendo en cuenta las solicitudes hechas.

5.3.1.1. METODOLOGÍA.

Para realizar este control, se usó la siguiente metodología:

1. Se verifica la solicitud en el formato FR-AD-GEC-032 FORMATO PARA SOLICITUD DE CREACIÓN, ELIMINACIÓN, ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS en donde el personal especifica el tipo de solicitud que requiera, esta debe estar firmada por quien realiza a solicitud.

FECHA DE SOLICITUD		/ /		TIPO DE SOLICITUD		CREACIÓN		MODIFICACIÓN		ELIMINACIÓN	
PROCESO RESPONSABLE DE LA SOLICITUD				NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA SOLICITUD				CARGO			
TIPO DE DOCUMENTO											
FORMATO	MANUAL	PROCEDIMIENTO	GUIA	REGLAMENTO	PROTOCOLO	PROGRAMA	INSTRUCTIVO				
PLAN	CODIGO	OTRO	CUAL:								

Ilustración 6: Cronograma de actividades

Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A, FR-AD-GEC-032 formato de solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos o registros.

2. Se realizan los cambios solicitados.
3. Se procede a actualizar el control de registro y formato teniendo en cuenta si este tiene solicitud de creación, modificación o eliminación.

	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	AREA	TIPO DE PROCESO	PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	NOMBRE DEL DOCUMENTO	QUIENES TIENEN ACCESO A ESTOS	UBI
320	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	GUI-ASI-GCL-004	001	GUIA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS A SONDAS	TODO EL PERSONAL	IN
321	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	GUI-ASI-GCL-005	001	GUIA LA PREVENCIÓN DE SÍNDROME QUIRÚRGICO	TODO EL PERSONAL	IN
322	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	GUI-ASI-GCL-006	001	GUIA PARA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUA FRIA (BALAT) DE MAMA	TODO EL PERSONAL	IN
323	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	002	GUIA NCCN LEUCEMIA LINFOLASTICA AGUDA	TODO EL PERSONAL	IN
324	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	001	GUIA NCCN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	TODO EL PERSONAL	IN
325	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	002	GUIA NCCN LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	TODO EL PERSONAL	IN
326	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	002	GUIA NCCN LINFOCITICA CRÓNICA	TODO EL PERSONAL	IN
327	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	003	GUIA NCCN LINFOMA DE HODKING	TODO EL PERSONAL	IN
328	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	003	GUIA NCCN LINFOMA NO HODKING	TODO EL PERSONAL	IN
329	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN CLÍNICA	GUIA	N.A.	002	GUIA NCCN MIELOMA MULTIPLE	TODO EL PERSONAL	IN
330	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	001	MANUAL DE CALIDAD	SOLO EL PROCESO	IN
331	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	002	MANUAL DE CALIDAD	SOLO EL PROCESO	IN
332	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	003	MANUAL DE CALIDAD	SOLO EL PROCESO	IN
333	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	004	MANUAL DE CALIDAD	SOLO EL PROCESO	IN
334	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	005	MANUAL DE CALIDAD	SOLO EL PROCESO	IN
335	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	006	MANUAL DE CALIDAD	SOLO EL PROCESO	IN
336	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	007	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
337	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	008	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
338	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	002	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
339	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	003	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
340	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	004	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
341	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	005	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
342	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	006	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
343	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	007	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
344	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	008	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
345	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	MANUAL	MAN-AD-GEC-001	009	MANUAL DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
346	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PLAN	PLA-AD-GEC-001	001	PLAN INTERNO DE CULTURA DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	IN
347	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	001	ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	SOLO EL PROCESO	IN
348	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	002	ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	SOLO EL PROCESO	IN
349	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	003	PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y	SOLO EL PROCESO	IN
350	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	004	PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y	SOLO EL PROCESO	IN
351	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	005	PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y	SOLO EL PROCESO	IN
352	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	006	PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y	SOLO EL PROCESO	IN
353	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	007	PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y	TODO EL PERSONAL	IN
354	ADMINISTRATIVA	GERENCIAL	GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PR-AD-GEC-001	008	PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y	TODO EL PERSONAL	IN

Ilustración 7: Control de registros

Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A, formato control de documentos y registros.

4. Notificación mediante correo institucional del documento o formato y se especifica su publicación en la INTRANET.

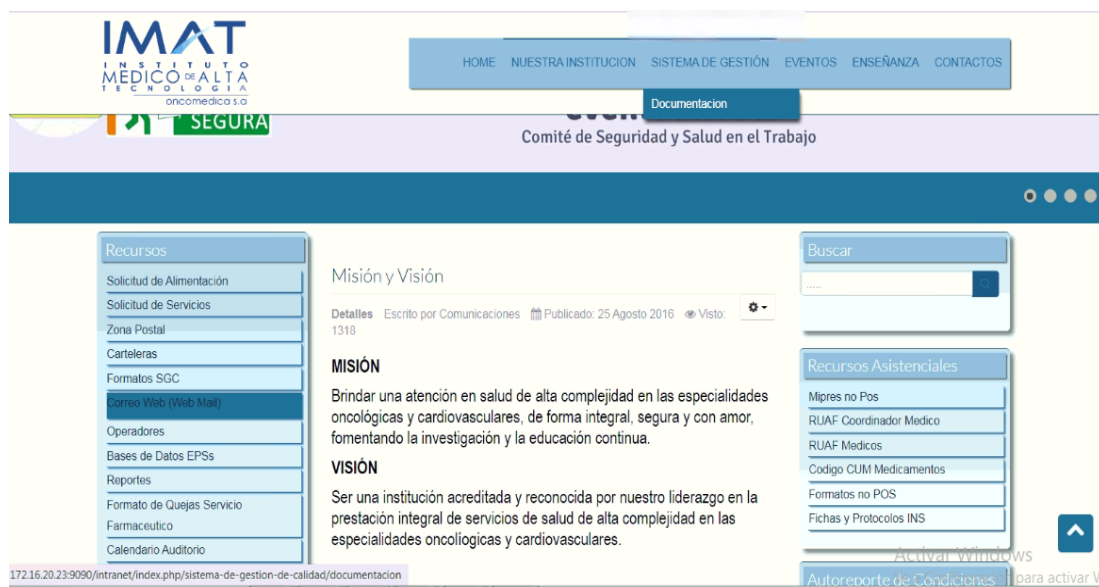


Ilustración 8: INTRANET
Fuente: IMAT ONCOMEDICA S.A, INTRANET

5.3.1.2. RESULTADOS OBTENIDOS.

Luego de la aplicación de esta metodología, se reducen los formatos y documentos obsoletos que aun circulan por los procesos de la institución, además se procede a verificar la veracidad de las auditorías internas respecto al correcto uso de la documentación institucional vigente y actualizada, esto con el fin de identificar qué áreas de la organización no están cumpliendo con los lineamientos.

5.3.2. ACTUALIZACIÓN DE MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Actualmente, la institución mantiene su vigencia de inscripción en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) hasta el mes de noviembre.

Al ser derogada la resolución 2003 de 2014, se hace necesaria la actualización de esta matriz para IMAT Oncomedica S.A. con el fin de cumplir con los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, además de la adopción del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud para la resolución 3100 de 2019. (Ministerio de Salud y Protección social, 2019).

5.3.2.1. METODOLOGÍA.

Para la actualización de las matrices por cada servicio habilitado se tuvo en cuenta la siguiente metodología:

- Revisión de la nueva resolución 3100 de 2019 para determinar cambios significativos respecto a la 2003 de 2014.
- Definición de los servicios verificados a los cuales aplica la resolución 3100 de 2019. Estos son especificados a continuación:
 - Imágenes diagnosticas radiaciones ionizantes.
 - Imágenes diagnosticas radiaciones no ionizantes.
 - Laboratorio citologías cervico-uterinas.
 - Laboratorio clínico.
 - Laboratorio de histotecnología.
 - Patología.
 - Quimioterapia.

- Servicio farmacéutico.
- Servicio gestión pre-transfusional.
- Terapias.
- Toma de muestras cuello uterino.
- Toma de muestra laboratorio.
- Urgencias.
- Consulta externa especializada.
- Consulta externa general.
- Cuidado intensivo adulto.
- Cuidado intensivo pediátrico.
- Cuidado intermedio adulto.
- Cuidado intermedio pediátrico.
- Hospitalización.
- Hospitalización paciente crónico.
- Cirugía.

➤ Actualización de criterios en la matrices y creación de carpeta 3100 de 2019 en Red.

5.3.2.2. RESULTADOS OBTENIDOS.

Las matrices se encuentran listas para su uso en la verificación de los estándares de habilitación e inscripción en el REPS para el mes de NOVIEMBRE de 2020.

5.3.3. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PARA OBTENCIÓN DE LICENCIA DE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES.

La ejecución de esta actividad comprende la aplicación del artículo 23 y 24 de la resolución 482, Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones. (Social, Ministerio de Salud y Protección, 2018).

En el servicio de imágenes diagnósticas se generan radiaciones ionizantes las cuales son emitidas por equipos que hacen parte de esta área, es de relevancia saber que en los procesos de hemodinamia, radioterapia y braquiterapia también ocurre este tipo de situación. Las consecuencias por esta radiación puede variar según el nivel de exposición al que está sometido el paciente como también el operador del equipo, es por esto la necesidad de cumplir la normatividad legal vigente, para disminuir los riesgos asociados a la prestación de estos servicios.

5.3.3.1. METODOLOGÍA.

En primera instancia, se realiza la consulta de la visita de verificación para la revisión de los criterios aplicables de la resolución 482 para la clínica IMAT Oncomedica, esto se realiza mediante la asesoría del Físico Médico de la institución.

Se presenta la propuesta del artículo 23 y 24 de la resolución 482 por parte del físico médico, el cual establece las pautas para el cumplimiento de cada uno de los criterios especificados en estos artículos, como también en el Anexo 3 de dicha resolución.

Ahora, en el punto de la metodología a tratar, el **artículo 23** nos define los Requisitos de la solicitud para el otorgamiento de la licencia de práctica médica categoría II. Estableciendo los siguientes numerales a cumplir:

1. Para personas naturales. Fotocopia del documento de identificación del solicitante y fotocopia del Registro Único Tributario- RUT.
2. Para personas jurídicas. Certificado de existencia y representación legal, cuya consulta se hará por parte de la entidad territorial de salud de carácter departamental o distrital según corresponda, en el Registro Único Empresarial y Social- RUES o en la respectiva entidad **(Anexo 2)**.
3. Fotocopia del documento de identificación y diploma del oficial de protección radiológica, con el que deberá contar la respectiva instalación.
4. Documento en el que conste la descripción de los blindajes estructurales o portátiles y el cálculo del blindaje. El cálculo incluirá las consideraciones realizadas, tales como requisitos del fabricante del equipo; carga de trabajo, factor de uso, factor de ocupación y los criterios radiológicos utilizados para cada barrera y método de cálculo. Dicho cálculo deberá ser realizado por la persona natural o jurídica que haya obtenido la licencia a que refiere el capítulo 11 de este acto administrativo **(Anexo 3)**.
5. Informe elaborado por la persona natural o jurídica que haya obtenido la licencia a que refiere el Capítulo 11 de este acto administrativo, en el que se establezcan los resultados de las pruebas de control de calidad aplicadas a los equipos generadores de radiación ionizante. Para la realización de este informe se deberán tener en cuenta los protocolos de control de calidad según lo dispuesto por el artículo 14 de la presente resolución **(Anexo 4)**.

6. Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos, que incluya las dosis acumulativas. En caso de realizar práctica de radiodiagnóstico de alta complejidad, se deberá presentar en forma adicional, registro dosimétrico de un segundo dosímetro para cristalino (**Anexo 5**).
7. Plano general de las instalaciones de acuerdo con lo establecido en la Resolución 4445 de 1996, expedida por el entonces Ministerio de Salud o la norma que la modifique o sustituya, el cual debe contener:
 - Áreas de trabajo de la práctica, delimitando la zona controlada, supervisada y áreas colindantes.
 - Listado de procedimientos que se realizarán en cada una de las áreas de trabajo.

CÓDIGO	NOMBRE DE DOCUMENTO
INS-AD-GEC-001	CONTROL DE CALIDAD A EQUIPOS E INSTRUMENTOS DE SEGURIDAD
INS-AD-GTS-009	REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES Y ENFERMEDADES LABOR
MAN-ASI-ATC-005	MANUAL DE ATENCIÓN DE HEMODINAMIA
MAN-ASI-IMD-006	MODELO DE ATENCIÓN DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS
MAN-ASI-RYB-002	MANUAL DE BRAQUITERAPIA Y RADIOTERAPIA
MAN-ASI-RYB-004	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOTERAPIA – EQUIPO EMISOR DE RADICACIÓN IONIZANTE
MAN-ASI-ATC-007	MEMORIA DESCRIPTIVA HEMODINAMIA
MAN-ASI-IMD-008	MEMORIA DESCRIPTIVA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
MAN-ASI-RYB-005	MEMORIA DESCRIPTIVA RADIOTERAPIA
PR-AD-GEC-002	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS AUTOINSPECCIONES YO AUTOEVALUACIONES
PR-AD-GEC-011	GESTIÓN DE DOSÍMETROS

PR-AD-GEC-012	INGRESO DE PUBLICO A ZONA CONTROLADA
PR-AD-GEC-013	REALIZACIÓN DE ESTUDIOS CON EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE
PR-ASI-RYB-020	LEVANTAMIENTO RADIOMÉTRICO
PR-ASI-RYB-021	PROCEDIMIENTO PARA EVITAR O CONTROLAR INCIDENTES O ACCIDENTES
PRO-AD-GTS-003	PROGRAMA DE TALENTO HUMANO
PRO-AD-GTS-006	PROGRAMA INTEGRAL DE FORMACIÓN ORGANIZACIONAL.

Tabla 2: listado de documentos 482.

Fuente: Elaboración propia.

- Ubicación de los equipos generadores de radiación ionizante.
- Ruta de pacientes y público.
- Las rutas de conductos para cables en el blindaje, ventilación y electricidad.

Nota: los puntos asociados a este numeral pertenecen a planos institucionales.

Posteriormente la información es enviada al ministerio de Salud y protección social, el cual programará una visita para la verificación de la información. En dicha visita, el prestador, adicional a la documentación aportada con la solicitud de otorgamiento de licencia, deberá contar con la documentación que acredite el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Certificado expedido por una institución de educación superior o por una institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, en el que se acredite la capacitación en materia de protección radiológica de los trabajadores ocupacionalmente expuestos. Cuando el trabajador ocupacionalmente expuesto haya adquirido los conocimientos en materia de protección radiológica dentro del pensum de su formación profesional, el requisito a que refiere este numeral, se entenderá homologado siempre y cuando se presente el respectivo certificado (**Anexo 6**).

2. Programa de capacitación en protección radiológica, ofrecido por el prestador de servicios de salud al personal involucrado en la práctica médica Categoría II, dirigido por el oficial de protección radiológica, con una periodicidad anual (**Anexo 7**).
3. Registro de los niveles de referencia para diagnóstico, respecto de los procedimientos más comunes (**Anexo 8**).
4. Descripción de los elementos, sistemas y componentes necesarios en la práctica médica categoría II que se realice, en el que se describan las barreras de seguridad tecnológicas existentes para prevenir o mitigar los accidentes. Dichas barreras podrán diferenciarse en razón a la práctica médica que se esté efectuando, en tres tipos, a saber: 1. sistemas de seguridad (interruptores, actuadores eléctricos), 2. alarmas o advertencias de seguridad, 3. procedimientos de seguridad y emergencias (**Anexo 9**).
5. Procedimientos de mantenimiento de los equipos generadores de radiación ionizante, de conformidad con lo establecido por el fabricante, los cuales deben consignarse en los registros de la hoja de vida del equipo (**Anexo 10**).
6. Documento suministrado por el instalador del equipo o equipos, que contenga los resultados de las pruebas iniciales de caracterización y puesta en marcha de dicho equipo o equipos, donde adicionalmente se incluya el control de calidad. Lo anterior, tratándose de equipos generadores de radiación ionizante nuevos (**Anexo 11**).
7. Documento que contenga el programa de vigilancia radiológica que incluya las instalaciones, pacientes, trabajadores ocupacionalmente expuestos y personal involucrado en la práctica médica categoría 11 que se realice. 24.8. Documento que contenga el Programa Institucional de Tecnovigilancia para la identificación de los eventos e incidentes adversos asociados con las particularidades de la práctica médica Categoría 11 que se realice, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 4816 de 2008, expedida por el

entonces Ministerio de la Protección Social o la norma que la modifique o sustituya (**Anexo 12**).

8. Documento que contenga un programa de protección radiológica que incluya responsabilidades en la institución y procedimientos documentados para la realización de la práctica (**Anexo 13**). (Ministerios de Salud y Protección Social, 2018)

5.3.3.2. RESULTADOS OBTENIDOS.

Dado lo anterior y validando toda la información por parte del ente verificador, se procede a entregar las actas de licencias de cada uno de los equipos generadores de radiaciones ionizantes.

Los equipos que adquirieron la licencia fueron los siguientes:

- Acelerador lineal clinac (**Anexo 14**).
- Acelerador lineal halcyon (**Anexo 15**).
- Angiógrafo artis u (**Anexo 16**).
- Angiógrafo artis zee floor (**Anexo 17**).
- Mamógrafo (**Anexo 18**).
- Rayos x portátil (**Anexo 19**).
- Rx convencional (**Anexo 20**).
- Tomógrafo (**Anexo 21**).

5.3.4. HABILITACIÓN DEL ÁREA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN EL PROCESO DE LABORATORIO CLÍNICO.

Se hace necesaria la detección y diagnóstico de las infecciones o alteraciones genéticas a través de la técnica de diagnóstico molecular qPCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa en

tiempo real) para el laboratorio de Biología Molecular IMAT SAS. (Ballesta & Rodriguez Madrid, 2020).

5.3.4.1. METODOLOGÍA.

- Se ejecuta la revisión de la herramienta de verificación de laboratorios clínicos por parte de los líderes involucrados en la habilitación del área de biología molecular, donde son evaluados 6 estándares: organización y gestión; talento humano; infraestructura y dotación; referencia y contrareferencia; Bioseguridad y manejo de residuos y por ultimo procesos prioritarios. Lo anterior con el fin de evaluar cuales criterios se están cumpliendo y cuales están pendientes por revisión (**Anexo 22**).
- Realización del plan de mejora de biología molecular, mediante el FORMATO PARA PLAN DE MEJORAMIENTO (**Anexo 23**).
- Establecimiento del cronograma de trabajo con el fin de relacionar mediante un diagrama de gannt el tiempo necesario para cada actividad.
- Revisión del estado de los documentos de laboratorio clínico para el establecimiento de la modificación y creación de registros para la habilitación del área de biología molecular; esta metodología se realiza en compañía de los líderes de gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, limpieza y desinfección, sistemas de información, laboratorio clínico y gestión de calidad. (**Anexo 24**).
- Publicación de registros y documentos en la INTRANET para garantizar el flujo de información los sistemas para el proceso de laboratorio clínico
- Notificación de fecha de la auditoria para habilitación a todos lideres involucrados.
- Almacenamiento de certificados y distintivos de habilitación en carpeta de Red del proceso de Gestión de calidad.

5.3.4.2. RESULTADOS OBTENIDOS.

Habilitación del área de biología molecular para pruebas de PCR en detección de covid-19.

5.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

A continuación se relaciona el cronograma de actividades y el porcentaje de cumplimiento efectuado:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN IMAT Oncomedica S.A.																											
ÍTEM	ACTIVIDAD	MESES	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				CUMPLIMIENTO
		SEM	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS																										85%
2	ACTUALIZACIÓN DE MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN RES. 3100																										100%
3	ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PARA OBTENCIÓN DE LICENCIA DE EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES																										100%
4	HABILITACIÓN LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR																										100%

Tabla 1: Cronograma de actividades

Fuente: Elaboración propia.

6. APORTES.

En virtud de obtener el conocimiento adecuado, ofrecer mis capacidades y garantizar compromiso y responsabilidad a Clínica IMAT Oncomedica S.A., se consideró en este informe el cumplimiento eficaz de las tareas asignadas en el cargo.

Fue realizada la verificación del control de formatos y documentos en los 44 procesos que conforman la clínica con base a establecer que se estén utilizando procedimientos vigentes y verificar cuales de estos deberían actualizarse. Además, la participación activa en los visitas por entes reguladores para la habilitación de servicios o áreas de trabajo, haciendo énfasis en el cumplimiento de las oficinas establecidos en el manual de funciones del cargo.

7. CONCLUSIONES.

Luego de la realización de diversas actividades en cada uno de los retos propuestos en el desarrollo de la práctica profesional, se logró reafirmar la importancia de cada uno de los conocimientos adquiridos en el desarrollo de la carrera profesional, así como su utilidad en el mercado laboral vigente, en áreas relacionadas a la gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo, gestión del riesgo, talento humano, entre otras.

En clínica IMAT ONCOMEDICA S.A. se aportó valor a cada uno de los distintos procesos existente, ayudando no solo al sistema de gestión integral, del cual hacen parte el sistema de gestión de la calidad y sistemas de gestión Ambiental, si no a cada uno de los líderes de los procesos funcionales, mediante la constante comunicación y apoyo brindado en diferentes actividades relacionadas con las áreas mencionadas anteriormente, ya sean para temáticas de habitación o certificación de servicios.

Por otra parte, se logró con claridad todos los requisitos documentales que se tiene en cuenta al momento de una auditoría, en este caso, se obtuvo la habilitación para el área de biología molecular para pruebas de PCR y la licencia de los equipos generadores de radiaciones ionizantes, además, se pudo brindar a los líderes de proceso una pre auditoría para que tengan en cuenta varios aspectos del correcto manejo y control documental; de esta manera se consiguió disminuir las no conformidades y el resultado de los objetivos establecidos por la alta dirección y que involucraron de forma directa al proceso de gestión de Calidad.

8. RECOMENDACIONES.

Con los resultados obtenidos se puede inferir que el proceso gestión de la calidad en la clínica IMAT ONCOMEDICA está bien encaminado, lo cual es motivo de compromiso por parte de los empleados para el logro de los objetivos establecidos, aun así se recomienda lo siguiente:

- Realizar monitoreo a los documentos y formatos del sistema mínimo cada 2 meses.
- Tener un control riguroso al momento de un documento o formato quedar obsoleto; para tener constancia de la eliminación de cualquier copia que quede en circulación.
- Establecer jornadas de eliminación de documentación obsoleta que aún se encuentra en la carpeta de Red del proceso de Gestión de calidad.
- Documentar periodicidad de un mes para realizar revisión de los documentos y formatos que se encuentran publicados en la INTRANET de la institución.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- Ballesta, M. A., & Rodriguez Madrid, K. (2020). *Manual de técnicas de biología Molecular*. Montería.
- IMAT ONCOMEDICA. (Septiembre de 2014). *INTRANET*. Obtenido de <http://172.16.20.23:9090/intranet/index.php/nuestra-institucion/direccionamiento-estrategico>
- IMAT Oncomedica S.A. (s.f.). Obtenido de <https://imatoncomedica.com/resena-historica/>
- IMAT Oncomedica S.A. (2017). *Manual integrado de gestión*. Montería.
- Ministerio de Salud Perú. (2018). *Ley N° 29459*. Obtenido de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=760#:~:text=EQUIPO%20BIOM%C3%9DICO%3A%20Dispositivo%20m%C3%A9dico%20operacional,intervengan%20en%20su%20buen%20funcionamiento.>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2019). *Resolución 3100 de 2019*.
- Ministerios de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 482 de 2018*.
- Social, Ministerio de Salud y Proteccion. (2018). *Resolución 482*. Colombia.
- Sociedad Colombiana de Especialistas. (16 de Enero de 2020). Obtenido de <http://sociedadcolombianadeespecialistas.com/resolucion-3100-del-2019-y-maite/>

10. ANEXOS.





RUT ONCOMEDICA ACTUALIZADO 01-10-2015.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda


Inicio Herramientas INFORME DE PRAC... RUT ONCOMEDIC... x

1 / 6 100%

Compartir

 Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal			001
2. Concepto: 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario: 14352809121	
			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 1 2 0 0 7 1 9 4 - 8		14. Buzón electrónico: 1 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica		25. Tipo de documento: 1	
26. País: COLOMBIA		27. Fecha expedición: 01/10/2015	
28. Departamento: Córdoba		29. Ciudad/Municipio: Montería	
30. Primer apellido: ONCOMEDICA S.A.		31. Segundo apellido: ONCOMEDICA S.A.	
32. Primer nombre: ONCOMEDICA S.A.		33. Otros nombres: ONCOMEDICA S.A.	
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Córdoba	
40. Ciudad/Municipio: Montería		41. Dirección principal: CR 6 72 34	
42. Correo electrónico: ONCOMEDICA S.A.		43. Apartado aéreo: ONCOMEDICA S.A.	
44. Teléfono 1: ONCOMEDICA S.A.		45. Teléfono 2: ONCOMEDICA S.A.	

ANEXO 1. REF. RUT. Fuente: IMAT ONCOMEDICA.

	CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERÍA ONCOMEDICA S.A.
	Fecha expedición: 2020/01/10 - 14:35:14 **** Recibo No. S000425438 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20200110-0025 LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2020 Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V CODIGO DE VERIFICACIÓN XZQzwpz72c
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.	
Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,	
CERTIFICA	
NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO	
NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: ONCOMEDICA S.A. ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANÓNIMA CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL NIT : 812007194-8 ADMINISTRACIÓN DIAN : MONTERIA DOMICILIO : MONTERIA	

ANEXO 2. REF. Cámara de comercio. Fuente: IMAT ONCOMEDICA.

3. CB - ACCELERADOR LINEAL ONCOMEDICA.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

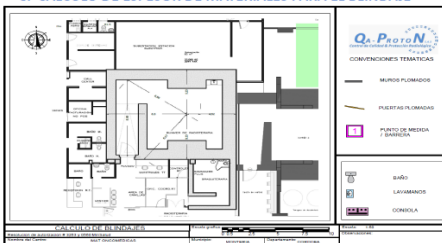
Inicio Herramientas INFORME DE PRAC... 3. CB - ACCELERAD... x

12 / 16 75% Compartir

DOCUMENTO GENERADO: 10/12/2019

QA-ProtoN
Control de Calidad & Protección Radiológica

8. CALCULO DE ESPESOR DE MATERIALES PARA EL BLINDAJE



PUNTO DE MEDIDA	LÍMITE H _w (mSv/sem)	d	d _s	d _t	U	T	ESPESOR RECOMENDADO (cm)
1 NORTE	0,02	5,2	5,2	6,2	1	120	212
2 ESTE	0,40	4,6	4,6	4,6	0,25	1/4	70
3 SUR	0,40	6,2	5,2	6,2	1	1	208
4 SUR ORIENTE	0,02	7,0	6,6	7,0	0,25	1	110
5 ORIENTE	0,02	8,8	8,8	8,8	0,25	1/4	100
6 PUERTA	0,40	15,9	6,9	9	1	1	10

MURLOS PLUMBOADOS
 PUERTAS PLUMBOADAS
 PUNTO DE MEDIDA (EJEMPLO)
 BAÑO
 LAVABOS
 CONTROL

HORMIGÓN 2,3 g/cm³
 HORMIGÓN BARITADO 3,2 g/cm³
 PLOMO 11,3 g/cm³
 POLIETILENO (BPE)
 PARAFINA 1 g/cm³
 PLOMO 11,3 g/cm³

ANEXO 3. Calculo de blindaje. Fuente: QAProtoN.

Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas INFORME DE PRAC... 3. CB - ACCELERAD... x

7 / 18 49,7% Compartir

PUNTO DE EVALUACIÓN: "PUNTO DE ACCELERADOR LINEAL"




QA-ProtoN
Control de Calidad & Protección Radiológica

8. 2 PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EQUIPOS EMISORES RAYOS X.

INFORMACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE OPERACIÓN			
Indicadores de parámetros técnicos (vóltaje y con funcionamiento adecuado)	OK		✓
Baliza señal luminosa (y/o sonora en el panel durante el disparo)	OK		✓
Instalación eléctrica en buen estado (luces, indicadores, cables, conectores)	OK		✓
Demarcación de áreas críticas	OK		✓
Las puertas con pormontes	OK		✓
Las puertas permiten cierre total	OK		✓
Selafes de sobretensión externos durante la realización de un examen	OK		✓
La información de parámetros técnicos del equipo está completa	OK		✓

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Designación	Condición	Estado	Resultado
	Delantal Plomado	No aplica	OK	✓
	Protector de Tiroides	No aplica	OK	✓

SEGURIDAD

PARADAS DE EMERGENCIAS	EQUIPO	PACIENTE
CONSOLE		
  		

ENCUADRAMIENTO DE CUÑAS:

CUÑAS 120	CUÑAS 300	CUÑAS 450	CUÑAS 450
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Licencia de servicios de protección radiológica y control de calidad - Res. 3203 de 2013 y CMO de 2019 - MINSAU
 Validez en: www.qaproton.com/verificar
 www.qaproton.com
 Colombia

Página 6 de 23

ANEXO 4. Referencia controles de calidad. Fuente: QAProtoN

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas INFORME DE PRAC... 3. CB - ACCELERAD... ADRIAN ALVAREZ.p... x

5 / 6 75%

Compartir

DOSIMETRIA PERSONAL S.A.S.
 NIT: 812.002.579-4
 Licencia Ministerio de Minas y Energía TLD N° DP-005
 Carrera 43 No 50 51 Oficina 206
 Teléfono: 3221320
 Email: info@dosimetriapersonal.com

REPORTE DE DOSIMETRIA TLD Mes: ABR, MAY, JUN, JUL, AGTO, SEP, OCT, NOV, DIC de 2019
Nombre Entidad: ONCOMEDICA S.A.

NIT: 812.002.194
Municipio/Departamento: Montería (Córdoba)
Persona Contacto: MARY SOL GONZALEZ FERNANDEZ
Cargo Contacto: Directora de Talento Humano y Salud Ocupacional
Fecha Recibido Dosímetros: 12/12/2019, 15/01/2020, 16/05/2019, 16/08/2019, 17/07/2019, 17/08/2019, 20/11/2019, 21/06/2019, 21/06/2019, 21/06/2019

Vº. Bº./Firma del Responsable del Reporte:

Código	Apellidos	Nombres	Genero	Documento de Identidad	Fecha de ingreso al servicio MM/AA	Periodo Uso Dosimetrico	Periodo Recuento	Tipificación del accidente	Tipificación de la exposición	Dosis del Periodo (mSv)	Dosis del Periodo (mSv)	Dosis del Periodo (mSv)	Dosis Acumulada desde el primer (mSv)	Dosis Acumulada última Año (mSv)
						Primer Día	Ultimo Día			Hp(10)	Hp(0.07)	Hp(0.1)	Hp(10)	31/12/2019 Hp(10)
2083-1	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	30	IV	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-2	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	21	V	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-3	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	20	VI	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-4	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	21	VI	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-5	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	31	VII	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-6	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	30	IX	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-7	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	31	X	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-8	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	30	XI	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2083-9	ALVAREZ GUERRA	ADRIAN	M	R	1.233.342.138	4-2019	1	31	XII	TORAX	ND	ND	ND	0.00
2084	BADEL RODRIGUEZ	ANGEL ENRIQUE	M	R	94.512.888	4-2019	1	30	IV	TORAX	X	0.04	0.04	0.04

Notación: ND-No Detectable, NP-No Presentado, DCE-Dosímetro de Control No evaluable, DNI-Dosímetro No legible, 20876 : Acumulado definitivo, 20877 : Acumulado definitivo, 20883 : Acumulado definitivo, 20889 : Acumulado definitivo, 20893 : Acumulado definitivo, 20898 : Acumulado definitivo, 20899 : Acumulado definitivo, 20901 : Acumulado definitivo, 20862 : Acumulado definitivo, 20890 : Acumulado definitivo, 22814 : Primeras lecturas, 22815 : Primeras lecturas. Nota: Primeras lecturas para todos los usuarios

Información de Interés General
 * Una dosis reportada como ND-No Detectable, significa que la lectura está entre cero y el nivel mínimo de detección para TLD (0.01 mSv), para película (0.1 mSv).
 * Hp(10), es la dosis equivalente personal a la profundidad indicada en milímetros. Así Hp(10) estima la dosis en tejido profundo, Hp(0.07), estima la dosis en tejido superficial y Hp(0.1) estima la dosis al cristalino.
 * La dosimetría de película no evalúa dosis superficial (Hp-0.07), ni dosis al cristalino (Hp-1).
 * Los tipos de radiación de la exposición son: G-Gamma, X-Rayos X, B-Radiación Beta, N-Neutrones.

ANEXO 5. Ref. Registros dosimétricos. Fuente: IMAT ONCOMEDICA. Proceso de talento humano y salud ocupacional. Registros dosimétricos.

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas INFORME DE PRAC... 3. CB - ACCELERAD... ADRIAN ALVAREZ.p... ADRIAN ALVAREZ.p... x

2 / 6 49.9%

Compartir

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN INTEGRAL PARA LA FORMACIÓN Y EL DESARROLLO "FORMAR"

Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, aprobado mediante licencia de funcionamiento según Resolución N° 1883 del 30 de noviembre de 2012, emitida por la Secretaría de Educación Municipal de Montería.

OTORGAR EL CERTIFICADO DE:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA
A
ADRIÁN ALVAREZ GUERRA
 C.C. N° 1.233.342.138 expedida en Montería - Córdoba

Por haber culminado satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la institución y el respectivo programa de estudio, en fe de ello se expide el presente CERTIFICADO.

Dado en el municipio de Montería, departamento de Córdoba, a los veintiseis (26) días del mes de Febrero de 2018.


Dora Yareth Chato P.
 Directora General

Angela María Páez U.
 Coordinadora Académica


Cándida Paola Hernández F.
 Secretaria Académica

Resolución N° 1883 del 30 de noviembre de 2012, emitida por la Secretaría de Educación Municipal de Montería.

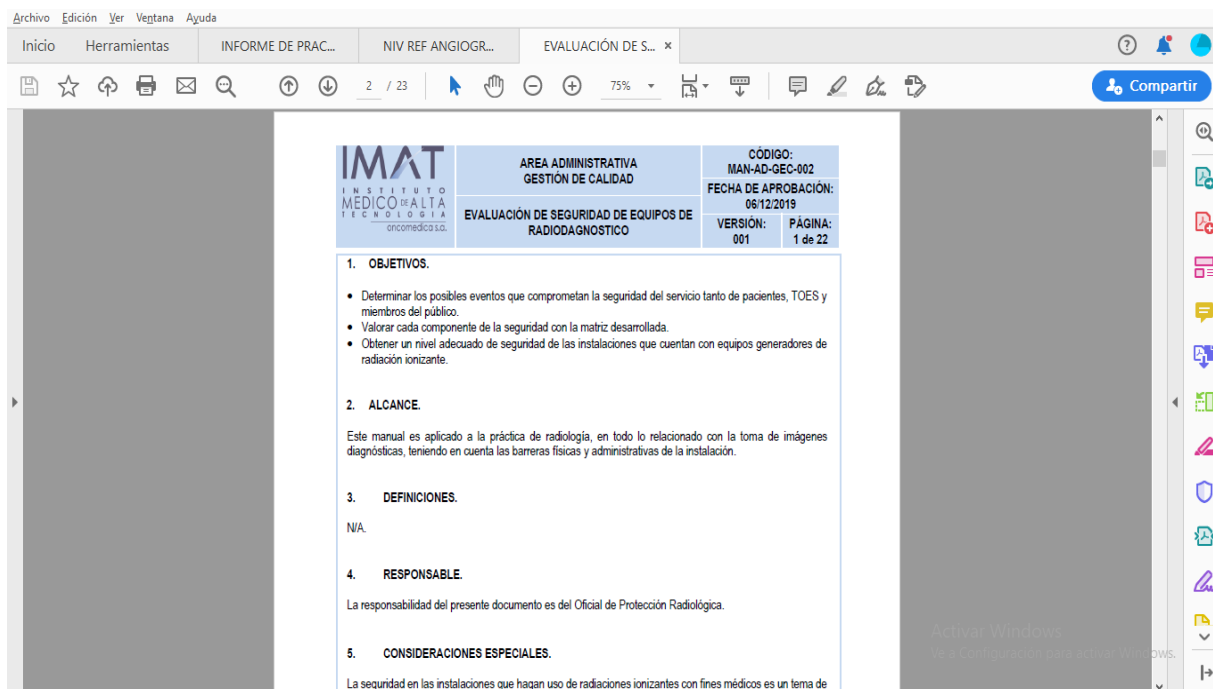
ANEXO 6. Ref. Certificado curso Protección radiológica. Fuente: Instituto de Trabajo y desarrollo humano.

		AREA ADMINISTRATIVA GESTION DE TALENTO HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL		CÓDIGO: FR-AD-GTS-005	
		CONTROL DE ASISTENCIA A FORMACIÓN		FECHA DE APROBACIÓN 29/04/2014	
				VERSIÓN: 004	PÁGINA 1 de 1
Tema de la Formación					
Tipo de Formación (Re inducción, Entrenamiento o Capacitación)					
Grupo de estándar					
Objetivo					
Justificación					
Dirigida a					
Estrategia Metodología a utilizar (Esta metodología debe ser notificada a talento humano antes de la actividad)					
Recursos (Humano y financiero Material didáctico)					
Fecha:					
Intensidad				Coordinado por	
Formador				Firma	
CONTROL DE ASISTENCIA					
ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	CARGO	PROCESO	FIRMA DE ASISTENCIA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

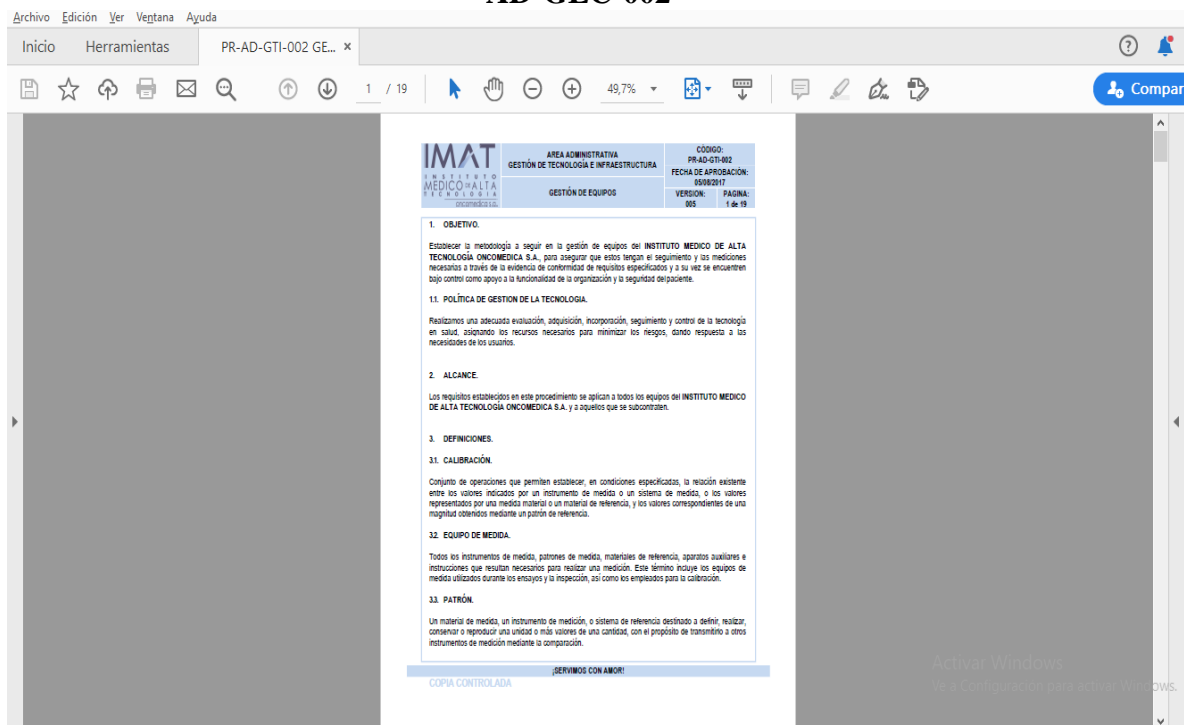
ANEXO 7. Ref. Formato de control de asistencia a formación. Fuente: IMAT ONCOMEDICA.
Código: FR-AD-GTS-005

3. DESCRIPCIÓN DE LA INSTALACIÓN					
DATOS DE LA INSTITUCIÓN					
Fecha de evaluación		DICIEMBRE 2 de 2019			
Nombre de la institución		ONCOMEDICA S.A			
NIT		8120071948			
Dirección		CARRERA 6 # 72-34 -			
Correo electrónico de la institución		Oncomedica@matbncomedica.com			
4. CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO EMISOR DE RAYOS X					
EQUIPO DE RAYOS X ANGIOGRAFO	Marca Equipo: SIEMENS Modelo Equipo: ARTIS ZEE FLOOR Serie Equipo: 138282	Tensión máxima del tubo	125	kV	
		Corriente máxima del tubo	1000	mA	
		Energía fotones	125	kV	
		Energía Electrones	NA	NA	
	Marca Tubo: SIEMENS Modelo Tubo: MEGALIX CAT PLUS Serie Tubo:	Tiempo de exposición promedio	10	seg	
		Carga de trabajo	8333.3	mA.min/ sem	
		Número de imágenes	50	img/sem	
					

ANEXO 8. Ref. Niveles de referencia. Fuente: QAProtoN



ANEXO 9. Ref. Evaluación de seguridad. Fuente: IMAT ONCOMEDICA. Código: MAN-AD-GEC-002



ANEXO 10. Ref. Procedimiento para mantenimiento de equipos. Fuente: IMAT ONCOMEDICA. Código: PR-AD-GTI-002

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas PR-AD-GTI-002 GE... acta de entrega.pdf x

1 / 1 49,7%

IMAT INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA oncomedica S.A.

ÁREA ADMINISTRATIVA
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA E INFRAESTRUCTURA

CÓDIGO: FR-AD-GTI-004
FECHA DE APROBACIÓN: 26/07/2014

FORMATO DE ACTA DE ENTREGA DE EQUIPOS

VERSIÓN: 002 PÁGINA: 1 de 1

DATOS DEL EQUIPO			
NOMBRE	Angiografía	MARCA	SIEMENS
MODELO	ARTIS ZEE FLOOR	SERIE	138242
UBICACIÓN	Intensidad	INVENTARIO	1004200000000

ITEM	CANTIDAD	ACCESORIOS Y/O CONSUMIBLES	REF O MOD
1	1	Llaves de equipo estériles en la sala de uso del equipo	N/A

OBSERVACIONES GENERALES

Se hace entrega de equipo nuevo al servicio

FECHA DE INSTALACIÓN: 18/07/2019 FECHA DE ENTREGA: 18/07/2019

DATOS DE QUIEN ENTREGA EL EQUIPO

NOMBRE: Juan Carlos Pineda Lugo
CARGO: Jefe de Mantenimiento y Producción
Firma: [Firma] Fecha: 06/02/2019

Por medio de esta acta, el usuario acepta que ha recibido los suministros descritos en perfecto estado y que se compromete a devolver el equipo necesario, que solo serán usados para el desarrollo de los trabajos descritos en la institución, así mismo se compromete a reportar cualquier daño y a responder de ser necesario económicamente por los arreglos que sean necesarios si los ha causado, ha sido negligente o facilitador del daño.

DATOS DE QUIEN RECIBE EL EQUIPO

NOMBRE: [Firma]
CARGO: [Firma]
Firma: [Firma] Fecha: 06/02/2019

SERVICIOS CON AMOR

ANEXO 11. Ref. Pruebas iniciales. Fuente: IMAT ONCOMEDICA. Código: FR-AD-GTI-004

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas PRO-AD-GEC-002 ... x PRO-ASI-SFA-002 ...

1 / 14 75%

IMAT INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA oncomedica S.A.

ÁREA ADMINISTRATIVA
GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO: PRO-AD-GEC-002
FECHA DE APROBACIÓN: 06/12/2019

PROGRAMA DE VIGILANCIA RADIOLÓGICA

VERSIÓN: 001 PÁGINA: 1 de 14

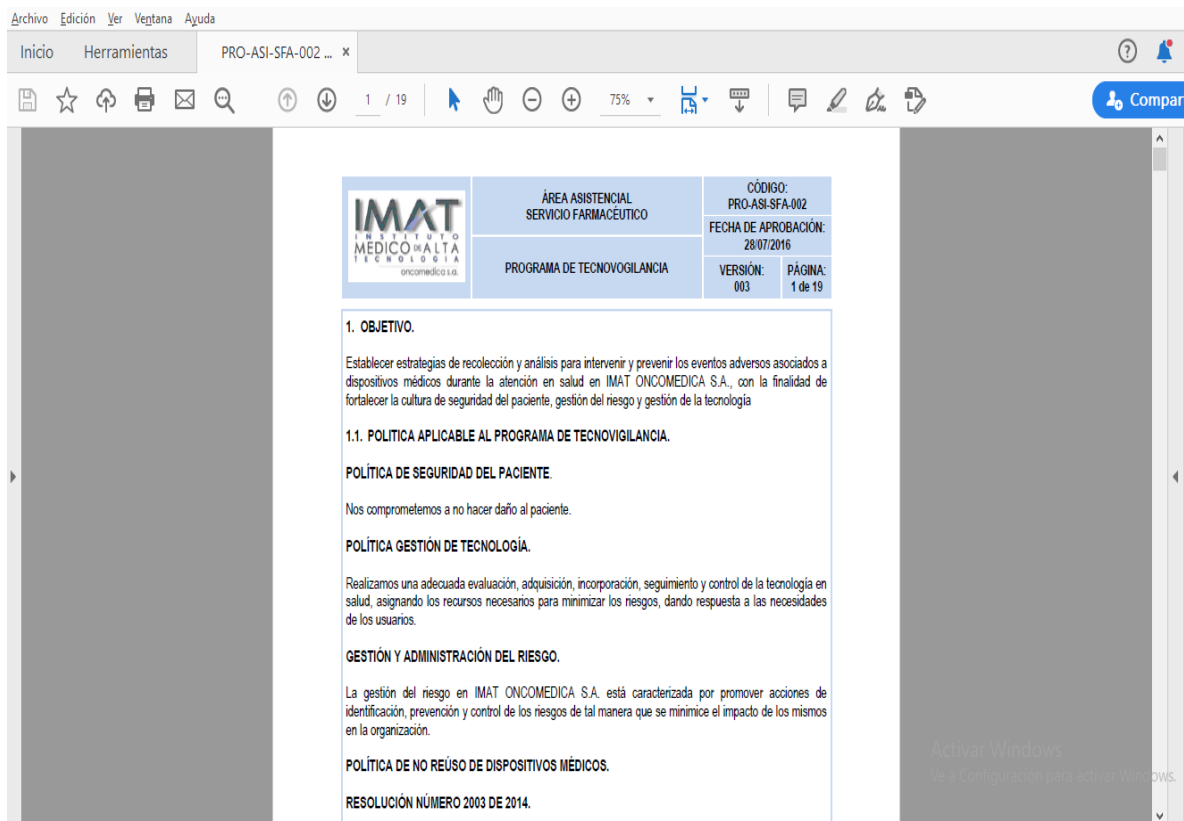
1. OBJETIVO.

Describir el programa de protección radiológica establecido por la institución para controlar y mitigar las exposiciones no justificadas del Personal, Pacientes y Público.


1.1. POLÍTICA APPLICABLE AL PROGRAMA O PLAN.

- **POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**
Nos comprometemos con la promoción, protección de la salud y la seguridad de los funcionarios, contratistas, subcontratistas y demás partes interesadas, mediante la identificación de peligros y control de los mismos, generando cultura de cuidado y cumpliendo con los lineamientos normativos para el mejoramiento continuo del Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**
Nos comprometemos a no hacer daño al paciente.
- **POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.**
Nos comprometemos a dar respuesta a las necesidades de los usuarios asignando recursos para la evaluación, adquisición, incorporación, seguimiento y vigilancia activa de la tecnología en salud.
- **POLÍTICA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.**
Nos comprometemos a promover acciones de identificación, priorización, educación e intervención de los riesgos, generando una cultura de gestión proactiva encaminada a ser una institución segura.

ANEXO 12. Ref. Programa de vigilancia radiológica. Fuente: IMAT ONCOMEDICA. Código: PRO-ASI-SFA-002




ANEXO 13. Ref. Programa de Tecnovigilancia. Fuente: IMAT ONCOMEDICA, código: PRO-ASI-SFA-002



Gobernación de Córdoba

Ahora le toca al pueblo

 <p style="font-size: small;">Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo</p>	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PAGINA: 1 DE 1


En Montería, Córdoba. El día 23 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMÉDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMÉDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arceño Arteaga Causil, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernandez, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Uranco, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:
Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, ACELERADOR LINEAL que opera en la institución ONCOMÉDICA S.A de Montería - Córdoba.

✚ En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:


VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: ACELERADOR LINEAL	Modelo y/o Referencia: CLINAC 600C					
Marca: VARIAN	País de Origen: USA					
Serie: 1027	Tubo Marca: N/A					
Tubo Modelo: N/A	Tubo Serie: N/A					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2009EBC- 0004716						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIB	X	III	
Uso: Diagnóstico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Radiometría ambiental, Paradas de emergencia, Enclavamiento de cuñas, Enclavamiento de bandejas, Indicadores angulares del brazo, Indicadores angulares del colimador, Centrado del retículo, Isocentro mecánico, Telémetro medida 100cm a isocentro, Coincidencia del puntero mecánico con el telémetro, Simetría, paralelismo y ortogonalidad del campo luminoso, Verticalidad del haz luminoso, Funcionalidad de los laser de posicionamiento, Tamaños de campo, Control de calidad dosimétrico fotones 6X, Verificación de unidad de monitor 6X, Factor dosimétrico tamaños de campo, Factor dosimétrico sobre el eje PDD, Factor dosimétrico sobre el eje TMR, Simetría y planicidad, Control cámaras altas, Control de calidad de pantallas.						

ANEXO 14. Ref. Acta licencia acelerador lineal clinac. Fuente: GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA.



Gobernación de Córdoba

Ahora le toca al pueblo

 <p style="font-size: small;">Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo</p>	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA: 1 DE 1


En Montería, Córdoba. El día 23 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMÉDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMÉDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arcadio Arteaga Causi, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:
Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, ACELERADOR LINEAL que opera en la institución ONCOMÉDICA S.A de Montería - Córdoba.

✚ En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:


VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: ACELERADOR LINEAL	Modelo y/o Referencia: HALCYON					
Marcas: VARIAN	País de Origen: USA					
Serie: 1100	Tubo Marca: N/A					
Tubo Modelo: N/A	Tubo Serie: N/A					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2009EBC- 0004716						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIB	X	III	
Uso: Diagnóstico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Radiometría ambiental, Paradas de emergencia, Enclavamiento de cuñas, Enclavamiento de bandejas, Indicadores angulares del brazo, Indicadores angulares del colimador, Centrado del retículo, Isocentro mecánico, Telémetro medida 100cm a Isocentro, Coincidencia del puntero mecánico con el telémetro, Simetría, paralelismo y ortogonalidad del campo luminoso, Verticalidad del haz luminoso, Funcionalidad de los laser de posicionamiento, Tamaños de campo, Control de calidad dosimétrico fotones 6X, Verificación de unidad de monitor 6X, Factor dosimétrico tamaños de campo, Factor dosimétrico sobre el eje PDD, Factor dosimétrico sobre el eje TMR, Simetría y planicidad, Control cámaras monitoras, Control de calidad de pantallas.						

ANEXO 15. Ref. Acta licencia acelerador lineal Halcyon. Fuente: GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA.



Gobernación de Córdoba

Ahora le toca al pueblo


 <p style="font-size: small;">Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo</p>	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA: 1 DE 1

En Montería, Córdoba. El día 24 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMÉDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMÉDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arcenio Arteaga Causil, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:
Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, ANGIOGRAFO que opera en la institución ONCOMÉDICA S.A de Montería - Córdoba.


En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:

VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERÍSTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: ANGIOGRAFO	Modelo y/o Referencia: ARTIS U					
Marca: SIEMENS	País de Origen: Aleman					
Serie: 20440	Tubo Marca: SIEMENS					
Tubo Modelo: OPTITOP T50/40/80HC-100	Tubo Serie: 864391855					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2008EBC- 0001426						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIB	X	III	
Uso: Diagnóstico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Levantamiento radiométrico, Radiación de fuga, Sistema de colimación y tamaño de la imagen, Exactitud del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad y linealidad de la tasa de KERMA en aire y rendimiento del tubo, Linealidad de la exposición, Filtración total del haz, Exactitud del tiempo de fluoroscopia, Exactitud del tiempo de exposición, Control automático de brillo (CAB), Tasas de dosis máxima en la entrada del IIR – modo normal, Tasas de dosis máxima en la entrada de la piel – modo normal, Ajuste del monitor – escala de grises, Resolución de alto contraste, Resolución de bajo contraste, Control de calidad de pantallas y/o negatoscopios, Control de calidad a reveladora e impresoras.						



Gobernación de Córdoba

Ahora le toca al pueblo

 <p style="font-size: small;">Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo</p>	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA: 1 DE 1

En Montería, Córdoba. El día 24 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMEDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMEDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arcenio Arteaga Causil, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:
Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, ANGIOGRAFO que opera en la institución ONCOMEDICA S.A de Montería - Córdoba.

En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:


VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: ANGIOGRAFO	Modelo y/o Referencia: ARTIS ZEE FLOOR					
Marca: SIEMENS	País de Origen: Aleman					
Serie: 138262	Tubo Marca: SIEMENS					
Tubo Modelo: MEGALIX CAT PLUS 125/20/40/80-122GW	Tubo Serie: 684341874					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2018EBC-0001425-R1						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIB	X	III	
Uso: Diagnostico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Levantamiento radiométrico, Radiación de fuga, Sistema de colimación y tamaño de la imagen, Exactitud del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad y linealidad de la tasa de KERMA en aire y rendimiento del tubo, Linealidad de la exposición, Filtración total del haz, Exactitud del tiempo de fluoroscopia, Exactitud del tiempo de exposición, Repetibilidad del tiempo de exposición, Control automático de brillo (CAB), Tasas de dosis máxima en la entrada del IIR – modo normal, Tasas de dosis máxima en la entrada de la piel – modo normal, Ajuste del monitor – escala de grises, Resolución de alto contraste, Resolución de bajo contraste, Control de calidad de pantallas y/o negatoscopios, Control de calidad a reveladora e impresoras.						



Gobernación de
Córdoba

Ahora le toca al pueblo



 <p>Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo</p>	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA: 1 DE 1

En Montería, Córdoba. El día 23 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMEDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMEDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arceño Anteaga Causi, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:

Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, MAMOGRAFO que opera en la institución ONCOMEDICA S.A de Montería - Córdoba.

En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:


VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: MAMOGRAFO	Modelo y/o Referencia: MAMMOMAT NOVA					
Marca: SIEMENS	País de Origen: Aleman					
Serie: 12048	Tubo Marca: SIEMENS					
Tubo Modelo: P40MOW	Tubo Serie: 457422					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2019EBC- 0002281						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIIB	X	III	
Uso: Diagnostico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Radiación de fuga, Sistema de colimación – determinación DFP, Exactitud del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad y reproducibilidad del valor medido del voltaje, Repetibilidad de la exposición, Rendimiento y linealidad de la exposición, Exactitud del tiempo de exposición, Repetibilidad del tiempo de exposición, Medición de capa hemireductora, Evaluación control automático de la exposición, Dosis en la superficie del paciente con rejilla, Control de calidad de pantallas y/o negatoscopios, Control de calidad a reveladora e impresoras.						

ANEXO 18. Ref. Acta licencia Mamografo. Fuente: GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA.



Gobernación de
Córdoba

Ahora le toca al pueblo

 <p>Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo</p>	FORMATO	VERSION: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PAGINA: 1 DE 1

En Montería, Córdoba. El día 24 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMEDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez, contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMEDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arcadio Arteaga Causi, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villanueva Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:

Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes RX PORTATIL que opera en la institución ONCOMEDICA S.A de Montería - Córdoba.


En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:

VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: Equipo Rayos X Portatil	Modelo y/o Referencia: POLYMOVL PLUS					
Marca: SIEMENS	Pais de Origen: Aleman					
Serie: 20339	Tubo Marca: SIEMENS					
Tubo Modelo: 05605022	Tubo Serie: 13GE33					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2008EBC- 0002444						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIIB	X	III	
Uso: Diagnostico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Radiación de fuga, Exactitud del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad y reproducibilidad del valor medido del voltaje, Repetibilidad de la exposición, Rendimiento y linealidad de la exposición, Exactitud del tiempo de exposición, Repetibilidad del tiempo de exposición, Medición capa hemireductora, Dosis en la superficie del paciente, Perpendicularidad del rayo central, Coincidencia del campo luminoso con el campo de radiación, Repetibilidad del CAE, Punto focal cátodo - ánodo, Punto focal ánodo - cátodo, Resolución de alto contraste, y Control de calidad de pantallas y/o negatoscopios, Control de calidad a reveladora e impresoras.						



Gobernación de
Córdoba

Ahora le toca al pueblo

 Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PAGINA: 1 DE 1

En Montería, Córdoba. El día 24 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMEDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMEDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Arcadio Arteaga Causil, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:

Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, RX CONVENCIONAL que opera en la institución ONCOMEDICA S.A. de Montería - Córdoba.


En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:

VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: RAYOS X CONVENCIONAL	Modelo y/o Referencia: MULTIX SWING					
Marca: SIEMENS	País de Origen: Aleman					
Serie: 1272	Tubo Marca: SIEMENS					
Tubo Modelo: OPTIPHOS 135/30/55R	Tubo Serie: 1551					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2008EBC-0002259						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIB	X	III	
Uso: Diagnóstico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Radiación de fuga, Exactitud del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad y reproducibilidad del valor medido del voltaje, Repetibilidad de la exposición, Rendimiento y linealidad de la exposición, Exactitud del tiempo de exposición, Repetibilidad del tiempo de exposición, Medición capa hemireductora, Dosis en la superficie del paciente, Perpendicularidad del rayo central, Coincidencia del campo luminoso con el campo de radiación, Repetibilidad del CAE, Punto focal cátodo - ánodo, Punto focal ánodo - cátodo Resolución de alto contraste, y Control de calidad de pantallas y/o negatoscopios, Control de calidad a reveladora e impresoras.						



Gobernación de
Córdoba

Ahora le toca al pueblo

 Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSION: 02
	ACTA INTERNA	FECHA: 18-03-2010
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA: 1 DE 1

En Montería, Córdoba. El día 23 del mes de abril de 2020, a las 8:00 am, se presentaron a la institución ONCOMEDICA S.A. con NIT 812.007.194-8 ubicada en la Cra. 6 N° 72 – 34, los señores Marco Villamil Arias, e Israel Ariza Martínez; contratistas especializados en representación de la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba y por parte de la entidad ONCOMEDICA S.A. José Sánchez Niño, Jefe de mantenimiento y producción; Aracely Arteaga Causi, oficial de protección radiológica; Marisol González Fernández, Directora de Talento humano; Leiver Villarraga Herazo, Director de calidad; Alberto Izquierdo Urango, jefe de calidad; Kristin Rodríguez Madrid, jefe de calidad.

Con el objetivo de:

Realizar seguimiento y verificación de equipos emisores de radiación ionizantes, TOMÓGRAFO que opera en la institución ONCOMEDICA S.A de Montería - Córdoba.


En el desarrollo y resultado de la visita se pudo constatar la existencia del equipo de rayos X así:

VERIFICACION DE REQUISITOS PARA EQUIPOS BIOMEDICOS						
CARACTERISTICAS EQUIPO BIOMEDICO						
Nombre: TOMÓGRAFO	Modelo y/o Referencia: SOMATON EMOTION					
Marca: SIEMENS	País de Origen: Aleman					
Serie: 44384	Tubo Marca: SIEMENS					
Tubo Modelo: TUBO RX DURA 422	Tubo Serie: 917331741					
Registro Sanitario o Permiso de Comercialización N°: 2008EBC-0001864						
Ficha Técnica: Cumple						
Nombre de la empresa importadora:	Nombre de la empresa Fabricante: SIEMENS					
Clasificación de Riesgo:	I	IIA	IIB	X	III	
Uso: Diagnostico						
VERIFICACION CONDICIONES DE CALIDAD PARA FABRICANTES/IMPORTADORES						
El fabricante cuenta con certificado de calidad para los insumos y materias primas	SI	X	NO		NA	
El fabricante realiza prueba de calidad a los componentes internos de los equipos	SI	X	NO		NA	
Cuales:						
Los accesorios de los equipos cuentan con registro sanitario	SI	X	NO		NA	
Los equipos cuentan con los certificados de calidad y/o declaración de conformidad	SI	X	NO		NA	
Que pruebas realizan: Radiación de fuga, Exactitud del valor nominal de la tensión del tubo, Repetibilidad y reproducibilidad del valor medido del voltaje, Coincidencia de los indicadores luminosos y haz de radiación, Desplazamiento longitudinal de la mesa, Repetibilidad de la exposición, Rendimiento y linealidad de la exposición, Espesor de corte, Ruido, Valor medio del número CT, Uniformidad del número CT, Resolución de bajo contraste, Resolución de alto contraste, Dosis de radiación, Control de calidad de pantallas y/o negatoscopios, Control de calidad a reveladora e impresoras.						

ANEXO 21. Ref. Acta licencia Tomógrafo. Fuente: GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA.

	A	B	C	D	F	G	H	I	M	N
1										
2										
3										
4										
5										
6	HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD									
7	1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN									
8	Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad									
9	COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE	
10					C	NC	NA			
11	1.1	A	El laboratorio cuenta con certificación o acreditación de su sistema de gestión de calidad (NTC-ISO/IEC 17025/NTC-ISO 15189/ISO 9001) Los laboratorios clínicos debe cumplir con el marco del decreto 1011 de 2006 (habilitación)	*Se debe verificar la documentación donde soporte su constitución legal. *El laboratorio si es prestador de servicios en salud se debe verificar la publicación de habilitación. *El laboratorio puede presentar alguna prueba acreditada que evidencie competencia técnica y asegure calidad	X			Realizar capacitación a los líderes del SGI de la organización y el decreto 1011 del 2006 Solicitar la instalación del distintivo de habilitación a la entrada del laboratorio	1	3
12	1.2	A	El laboratorio establece e implementa un sistema de gestión de calidad (SGC) evidenciado en una plataforma documental aprobada que de respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios	Se debe verificar que se encuentre documentado e implementado un sistema de gestión de la calidad (SGC) enfocado a la mejora continua de todos sus procesos.	X			Incluir en el manual de laboratorio clínico, el programa de garantía de calidad	1	3
13	1.3	A	El laboratorio hace parte del organigrama de la entidad, con los niveles de autoridad e interrelaciones asignadas a cada uno de los integrantes de la estructura funcional.	El Laboratorio debe estar representado en el organigrama de la Dirección Territorial de Salud o de la institución a la que pertenezca		X		Establecer el organigrama del laboratorio clínico incluyendo al director técnico.	0	0
14	1.4	A	El laboratorio tiene todos los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, desde el ingreso de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados.	El laboratorio cuenta con documentos que registran procedimientos técnicos, administrativos o de gestión empleados en cada una de las secciones que lo conforman. Pregunte como lo tienen organizado de acuerdo al SGC implementado en el laboratorio		X		Revisar guías del INS para articular con los manuales técnicos del laboratorio clínico Creación del manual técnico para las pruebas de PCR y FILMARRAY	0	0
15			Desde la coordinación o dirección del laboratorio se desarrollan las actividades	Solicitar evidencias de actividades de capacitación que ha tenido el						
<div> ◀ ▶ Datos 1_OY G 2_TH 3_I Y D 4_R Y CR 5_BIO Y RES 6_PRIORITARIO CONCEPTO + : ◀ ▶ </div>										

ANEXO 22. Ref. Herramienta de verificación de estándares de Calidad. Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Aplicativo de verificación.

A		B		C		D		E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
				AREA ADMINISTRATIVA MEJORAMIENTO CONTINUO												CODIGO: FR-AD-MEC-027		
																FECHA DE APROBACION:		
				FORMATO PARA PLAN DE MEJORAMIENTO												VERSION: 001		
N°		¿QUÉ?		¿CÓMO?		¿QUIÉN?		¿CUÁNDO?		¿DÓNDE?		¿POR QUÉ?		OBSERVAC		ESTADO		
1		Realizar capacitación a los líderes del SGI de la organización y el decreto 1011 del 2006		<ul style="list-style-type: none"> Elaborando programa de capacitación con respecto a temáticas del SGC. Realizar capacitación a los líderes del laboratorio clínico y designarlos por medio de un comunicado como líderes de 		Director de Calidad Jefes de calidad		8/05/2020		IMAT		Cumplimiento del estándar 1.1, 1.5, 2.5 Anexo Resolución 1619 de 2015						
2		Ubicar distintivo de habilitación del laboratorio clínico en el servicio		Enviando distintivo a comunicaciones y solicitando su publicación		Jefes de calidad		6/05/2020		IMAT		Cumplimiento del estándar 1.1, Anexo Resolución 1619 de 2015						
3		Actualizar Manual de Laboratorio Clínico		<ul style="list-style-type: none"> Heterenciando en el manual de laboratorio clínico, el programa de garantía de calidad Documentando en el manual del laboratorio clínico la suplencias y contingencias frente a emergencias sanitarias, elaborar flujograma Definiendo la metodología para garantizar la confidencialidad de la información en el sistema u 		Coordinadores de laboratorio Jefes de calidad		15/05/2020		IMAT		Cumplimiento del estándar 1.2, 1.15, 1.16 Anexo Resolución 1619 de 2015		Definir situaciones para las cuáles de describirán las contingencias				
5		Revisar guías del INS para articular con los manuales técnicos del laboratorio clínico		<ul style="list-style-type: none"> Revisando y determinando aplicabilidad de las guías del INS Ajustando los procedimientos técnicos del laboratorio clínico de acuerdo a lo descrito en las guías del INS y en las actividades 		Coordinadores de laboratorio Jefes de calidad		15/05/2020		IMAT		Cumplimiento del estándar 1.4 Anexo Resolución 1619 de 2015						
				<ul style="list-style-type: none"> Asegurando que el programa de garantía de calidad cumpla 														

ANEXO 23. Ref. Plan de mejoramiento. Fuente: IMAT ONCOMEDICA. Codigo: FR-AD-MEC-027